介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

（申請先）

田村市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

年度

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	㊞	個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
住所	〒 連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先		
入所(院)年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	(※)介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無		有・無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	個人番号	
	住所	〒 連絡先		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		
	課税状況	市町村民税　　課税・非課税		

	所得の状況	預貯金、有価証券等の資産の状況	利用者負担段階
□	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	資産合計　単身：1000万円 夫婦：2000万円以下	1
□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円以下です。（受給している年金に○してください）	資産合計　単身：650万円 夫婦：1650万円以下	2
□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円超120万円以下です。（受給している年金に○してください）	資産合計　単身：550万円 夫婦：1550万円以下	3 ①
□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。（受給している年金に○してください）	資産合計　単身：500万円 夫婦：1500万円以下	3 ②

預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円 内容を記入ください	受給しているすべての年金保険者に○をしてください ・日本年金機構　・地方公務員共済 ・国家公務員共済　・私学共済

※遺族年金：寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

裏面あり

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所　〒	本人との関係

注意事項
(1)　この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
(2)　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
(3)　書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
(4)　虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第１項の規定に基づき、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

（宛先）田村市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

　また、田村市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和　　年　　月　　日

〈本人〉

住所

氏名　　印

〈配偶者〉

住所

氏名　　印

介護保険負担限度額認定申請書

令和　○年　○月　○日

（申請先）

田村市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。　年度

フリガナ	タムラ　タロウ	被保険者番号	○○○○○○○○○○
氏名	村　太郎　㊞	個人番号	○○○○○○○○○○○○
生年月日	○年　○月　○日	性別	男　・　女
住所	〒3 町船引字畑添７６番地２	連絡先	８２－１１１５
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称	〒	連絡先	
入所(院)年月日	昭　・　平　・　令　　年　　月　　日	(※)介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

介護保険施設に入所(院)している場合は記載ください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。

配偶者の有無	有　・　無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。
配偶者に関する事項	タムラ　ハナコ 田村　花子	
生年月日	明　・大　・昭　○年　○月　○日	個人番号 ○○○○○○○○○○○○
住所	〒９６３－４９４３ 田村市船引町船引字畑添７６番地２	連絡先　８２－１１１５
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒	
課税状況	市町村民税　課税　・　非課税	

配偶者「有」の場合に記入してください。

	所得の状況	預貯金、有価証券等の資産の状況	利用者負担段階
□	生活保護受給者、市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	資産合計　単身：1000万円 夫婦：2000万円以下	1
□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が80万円以下です。（受給している年金に○してください）	資産合計　単身：650万円 夫婦：1650万円以下	2
☑	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計額が年額82.65万円以下		
□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計額が年額120万円超		

該当する部分にチェックをお願いします。

本人名義（配偶者も含め）の通帳・有価証券のコピーを添付してください。コピーは金融機関・支店名・口座番号がわかる面と最終残高の面となります。合計金額の記入をお願いいたします。

預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）	受給しているすべての年金保険者に○をしてください
2,345,678 円	円	円 内容を記入ください	・日本年金機構　・地方公務員共済 ・国家公務員共済　・私学共済

※遺族年金：寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

裏面あり

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
田村　次郎	８２－１１１５
申請者住所　〒９６３－４９４３ 田村市船引町船引字畑添７６番地２	本人との関係 子

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。（申請書や添付書類の内容について、お問合せする場合があります。）

注意事項
(1)　この申請書における「配偶者」については
(2)　預貯金等については、同じ種類の預貯金等
(3)　書き切れない場合は、余白に記入するか又
(4)　虚偽の申告により不正に特定入所者介護サ
　　及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

してください。
基づき、支給された額

同　意　書

（宛先）田村市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求め

ま　　て、私及び私の配偶者が同意

同意書の欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。（申請代行者の代筆でもかまいません）

令和　〇年　〇　　日

スタンプ印は使わず朱肉を使った印鑑で押印ください。
※銀行の届出印でなくてかまいません。表面も同様です。

〈本人〉

住所　田村市船引町船引字畑添76番地2

氏名　田村　太郎　　田村

〈配偶者〉

住所　田村市船引町船引字畑添76番地2

氏名　田村　花子　　田村